

WNIOSEK „M-I” o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny samorząd”

Moduł I – dodatek na opłaty za energię elektryczną Obszar E

Znak „X” oznacza wybraną pozycję przez Wnioskodawcę na liście opcji możliwych do wyboru.

DANE WNIOSKODAWCY ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	☐ we własnym imieniu ☐ jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego ☐ jako opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego ☐ jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) ☐ na mocy pełnomocnictwa
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Na mocy pełnomocnictwa poświadczanego / niepoświadczanego notarialnie z dnia:	

DANE WNIOSKODAWCY DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Kod pocztowy:	

Pocztą:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto powyżej 5 tys. mieszkańców ☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

ADRES KORESPONDENCYJNY
☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO**DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego.

☐ Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	
Numer telefonu:	
Adres email:	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ znaczny ☐ umiarkowany ☐ lekki ☐ nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji ☐ całkowita niezdolność do pracy ☐ częściowa niezdolność do pracy ☐ nie dotyczy
<i>Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.</i>	

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:

☐ tak ☐ nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:

☐ tak ☐ nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązanie” znajduje się w definicjach pojęć określonych w aktualnym dokumencie pn. „Kierunki działań (...)”.

Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:

☐ tak ☐ nie

ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

- ☐ firma handlowa
☐ media
☐ Realizator programu (PCPR, MOPR)
☐ PFRON
☐ inne, jakie:

PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Zawartość
Okres objęty refundacją od:	
Okres objęty refundacją do:	

Jednostka udzielająca świadczenia:

☐ zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

.....
☐ zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie

.....
☐ poradnia/ośrodek/zespół domowego leczenia tlenem

.....
☐ hospicjum domowe

.....
☐ opieka paliatywna

.....
☐ pielęgniarska opieka długoterminowa

.....
☐ lekarz specjalista, który zalecił stosowanie urządzenia w warunkach domowych

Urządzenie z którego korzysta osoba niepełnosprawna:

☐ Koncentrator tlenu

☐ Respirator

KLAUZULA RODO

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Rzeszowie

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), informujemy, że:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych w zakresie realizacji programu „Aktywny samorząd” jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rzeszowie, ul. Lucjana Siemieńskiego 18a, 35-234 Rzeszów, adres e-mail: pcpr@powiat.rzeszow.pl, tel. 17 859 48 23 ,

2) kontakt do inspektora ochrony danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Rzeszowie: iodpcpr@powiat.rzeszow.pl ,

3) Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane w celu realizacji programu „Aktywny samorząd” - na podstawie przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób, ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, a także na podstawie innych ustaw i rozporządzeń,

4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą:

a) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie, finansujący realizację programu „Aktywny samorząd”,

b) inne podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub zawartych umów powierzenia przetwarzania danych,

5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzeniem z dnia 18 stycznia 2011 r. prezesa rady ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów państwowych,

6) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia w przypadkach przewidzianych prawem, ograniczenia przetwarzania, prawo wyrażenia sprzeciwu,

7) podanie przez Panią/Pana danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości uczestnictwa w programie „Aktywny samorząd”,

8) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,

9) Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

OŚWIADCZENIA DO WNIOSKU

Lp.	Treść oświadczenia
1	Oświadczam, że: ☐ uzyskałem/-am pozytywną kwalifikację do leczenia z wykorzystaniem koncentratora tlenu lub respiratora, która odbywa się w szpitalu lub w ośrodku domowego leczenia tlenem.
2	Oświadczam, że: ☐ użytkuję koncentrator tlenu lub respirator w okresie, za który przysługuje dodatek.
3	Oświadczam, że: ☐ informacje i dane zawarte w złożonych oświadczeniach i zaświadczeniach, bądź innych dokumentach stanowiących podstawę przyznania dodatku są zgodne ze stanem faktycznym.
4	Oświadczam, że: ☐ Wyrażam zgodę na weryfikację zgodności ze stanem faktycznym złożonych oświadczeń lub na oględziny urządzenia w miejscu zamieszkania lub z wykorzystaniem instrumentów kontroli pozwalających na uzyskiwanie informacji na odległość (w kontaktach telefonicznych lub on-line).
5	Oświadczam, że: ☐ Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że złożenie we wniosku oświadczenia lub zaświadczenia niezgodnego ze stanem faktycznym eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania, a ujawnienie w toku kontroli niezgodności ze stanem faktycznym danych zawartych w dokumentach, stanowiących podstawę przyznania dodatku skutkuje koniecznością zwrotu wypłaconego dodatku i naliczonych odsetek w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych - w terminie wskazanym w pisemnej informacji o konieczności zwrotu zakwestionowanej kwoty (wezwanie do zapłaty).
6	Oświadczam, że: ☐ Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że w przypadku konieczności zwrotu wypłaconego dodatku, odsetek nie nalicza się jedynie w przypadku, gdy wystąpienie okoliczności powodujących obowiązek zwrotu środków było niezależne od wnioskodawcy.
7	Oświadczam, że: ☐ Zobowiązuję się do zwrotu wypłaconego dodatku i naliczonych odsetek w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych w terminie wskazanym w wezwaniu do zapłaty, w przypadku stwierdzenia przez realizatora programu lub PFRON w toku kontroli niezgodności ze stanem faktycznym danych zawartych w dokumentach, stanowiących podstawę przyznania dodatku.
8	Oświadczam, że: ☐ Zapoznałem/-am się z treścią klauzuli RODO zawartą na stronie 4 niniejszego wniosku.
9	Oświadczam, że: ☐ Jestem osobą wykluczoną cyfrowo i nie mam możliwości złożenia wniosku w wersji elektronicznej w systemie SOW.

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku	

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1.	Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed 1 stycznia 1998 r.,
2.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka – w przypadku osoby niepełnosprawnej niepełnoletniej,
3.	Oświadczenie, że osoba składająca wniosek w imieniu dziecka jest rodzicem – w przypadku gdy wniosek w imieniu osoby niepełnosprawnej niepełnoletniej składa matka,
4.	Zaświadczenie potwierdzające korzystanie ze świadczenia w ramach ośrodka domowego leczenia tlenem lub ośrodka wentylacji domowej (druk zaświadczenia w załączeniu),
5.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej reprezentowanej przez opiekuna prawnego,
6.	Kserokopia pełnomocnictwa notarialnego - w przypadku, gdy w imieniu Wnioskodawcy z wnioskiem występuje jego pełnomocnik,
7.	Pełnomocnictwo w formie pisemnej zwykłej - jeśli sprawa dotyczy osoby, która ustanowiła takie pełnomocnictwo (druk dostępny na życzenie),
8.	Oświadczenie, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek korzystała z urządzenia typu koncentrator tlenu/respirator w okresie refundacji oraz oświadczenie o zgodności ze stanem faktycznym złożonych do wniosku zaświadczeń, oświadczeń i innych dokumentów – dotyczy osób, które ze świadczenia zdrowotnego korzystają bezterminowo i jest to potwierdzone na zaświadczeniu (druk dostępny na życzenie),
9.	Inne